

REGISTRO DE PRUEBA DE ALCOHOL Y DROGAS PROHIBIDAS

Fecha	Hora (am o pm)	Clínica	Campamento donde Reside/Viajero
8/10/2024	7:00	Cobre	Cobre

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Arenio	Isidro	Armas	Hernandez

Cedula/Pasaporte	Código de Carné	Edad	Sexo	Empresa	Departamento	Ocupación (Datos completos)
8835-96	030595	34	M	MPSA	Ingeniería Eléctrica	Electrico 3

1- ¿Padece de alguna enfermedad crónica? No ☒ Si ☐ En caso de responder SI, mencione la Enfermedad _____

2- ¿Ha presentado algún problema de salud en los últimos 10 días? No ☒ Si ☐ En caso de responder SI, mencione la enfermedad _____

3- ¿Ha tomado algún medicamento? No ☒ Si ☐
En caso de ser SI, mencione nombre de medicamento, dosis, ultima ingesta de la medicación y duración del tratamiento _____

Declaro que la información proporcionada anteriormente es cierta SI ☒ NO ☐

Acepto que se me realice las pruebas de alcoholemia y/o drogas ilícitas SI ☒ NO ☐

Firma del trabajador: Armas Isidro H

Características de la muestra de orina

Características	Resultado
Apariencia (turbia, Clara, Espumosa)	Turbia
Temperatura (Normal entre 32°C a 38°C)	36.0
Color (amarillo claro, oscuro, naranja)	Oscuro
Volumen (Ideal de 40ml a 60 ml)	40 ml

MOTIVO DE LA PRUEBA

Aleatoria	☒	Post-accidente	☐	Por sospecha	☐	Pre-empleo	☐	Examen periódico	☐
-----------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Pruebas	Prueba cualitativa	Prueba cuantitativa (mg/100ml)	# de prueba
Alcohol en aliento (Alcoholemia)	<i>Positivo</i>	<i>0.078 mg/100 ml</i>	<i>5156</i>

*No utilizar abreviaturas

Prueba drogas en orina	Cualitativa (Positiva/Negativa)	Cuantitativa (ng/ml)
Cocaína (COC)	<i>negativo</i>	<i>_____</i>
Marihuana (THC)	<i>negativo</i>	<i>_____</i>
Opiáceos (OPI300)	<i>negativo</i>	<i>_____</i>
Metanfetaminas (MDMA500)	<i>Negativo</i>	<i>_____</i>
Anfetaminas (AMP1000)	<i>negativo</i>	<i>_____</i>
Fenciclidina (PCP)	<i>Negativo</i>	<i>_____</i>

Declaro que esta información es cierta hasta donde tengo conocimiento:

Firma del trabajador: *[Firma]*

Nombre del trabajador: *Aracelis I Alcocer H*

PERSONAL QUE REALIZA/SUPERVISA LA PRUEBA

Personal	Nombre	Cédula	Firma
Personal de salud	<i>Maelys Canera</i>	<i>4-767-1960</i>	<i>Maelys Canera</i>
Seguridad Industrial	<i>Juanita Ortega</i>	<i>4-754-2445</i>	<i>Juanita R. Ortega</i>
Otro			



Dr. Juanita R. Ortega
Medicina General
Cobre Panamá
Reg. 9013 / Cod. 204

Minera Panamá garantiza la confidencialidad de toda información plasmada en este documento

*Nota: Este formato debe ser impreso en una sola hoja, por ambas caras.